FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N° _

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

L. DUJARDIN

---

## TECHNIQUE ET RÉSULTATS

DE LA

# SUTURE CORNÉENNE

DANS

## L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

---

*Président :* M. DE LAPERSONNE, *professeur*

---

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

## PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNEO |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et Chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BEZANÇON |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et Thérapeutique générales | N... |
| Pathologie médicale | VAQUEZ |
| Pathologie chirurgicale | GOSSET |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | DUVAL |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | P. CARNOT |
| Hygiène | Léon BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance | MARFAN |
| Clinique des maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | Pierre MARIE |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchements | BAR, COUVELAIRE, N. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile | BROCA |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |
| Clinique oto-rhino-laryngologie | SEBILEAU |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | GUILLAIN | LOEPER | ROUSSY |
| BRANCA | LABBE (H.) | MOCQUOT | ROUVIERE |
| CAMUS | LAIGNEL-LAVASTINE | MULON | SCHWARTZ(A.) |
| CASTAIGNE | LANGLOIS | NOBECOURT | SICARD |
| CHAMPY | LECENE | OKINCZYC | TANON |
| CHEVASSU | LEMIERRE | OMBREDANNE | TERRIEN |
| DESMAREST | LENORMANT | RATHERY | TIFFENEAU |
| GOUGEROT | LEQUEUX | RETTERER | VILLARET |
| GREGOIRE | LEREBOULLET | RIBIERRE | ZIMMERN |
| GUENIOT | LERI | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MES DEUX FRÈRES

Tombés au champ d'honneur

A MON ONCLE

Le Docteur A. DUJARDIN

Professeur honoraire d'Ophtalmologie
à la Faculté libre de Lille

*Témoignage de mon affectueuse reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur de LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Mémbre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Reconnaissant hommage au maître qui guida mes pas en Ophtalmologie et voulut bien accepter de présider mon Jury de thèse.*

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

DE

# LA SUTURE CORNÉENNE

DANS

# L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

## INTRODUCTION

Depuis l'époque où Daviel avait magistralement rénové le manuel opératoire de l'extraction de la lentille, la plupart des ophtalmologistes, rendant hommage au grand novateur français, avaient si fidèlement obéi à ses préceptes, qu'il fallut bien des années pour trouver quelque audacieux opérateur qui osât contribuer, à son tour, au rajeunissement d'une méthode devenue classique.

En 1867, lorsque apparut la première tentative de suture cornéenne, il y avait longtemps déjà qu'en chirurgie générale l'on n'hésitait plus à suturer toute plaie aseptique et de bonne nature. Est-il donc un organe plus précieux que l'œil, une plaie plus qualifiée pour la réunion première que celle qui résulte d'une bonne kératotomie? Le seul respect de la méthode consacrée classique arrêtait les initiatives, bien que rien n'établît *a priori* que la suture des lèvres

d'une incision du globe oculaire n'eût pas ses indications, comme celle de tout autre organe. Certes, les résultats de l'opération de Daviel étaient magnifiques pour son époque, mais la nôtre n'a-t-elle pas, elle aussi, le droit de contribuer au perfectionnement des méthodes ?

Voici près d'un an que je vois M. le Professeur de Lapersonne et ses assistants pratiquer régulièrement la suture cornéenne à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Ainsi devenu moi-même partisan de cette méthode, je me propose de l'exposer sous son aspect le plus récent, afin de montrer comment parfois quelques perfectionnements de détail peuvent suffire pour déplacer la valeur réciproque de plusieurs procédés opératoires en présence.

# HISTORIQUE

L'histoire de la suture cornéenne n'offre pour ainsi dire aucun intérêt à ses débuts. Si l'honneur d'avoir eu le premier l'idée de suturer l'incision du globe revient de droit à Williams (Boston, 1867), là se borne l'hommage que nous devons rendre à ce précurseur. Car, il n'avait pas eu l'idée, — à cette époque où le dogme de l'anesthésie au chloroforme ne souffrait pas d'objections, — de préparer sa suture avant d'inciser, si bien qu'en embrochant les lèvres de sa plaie béante après l'extraction, Williams, par la pression qu'il devait nécessairement exercer sur le « kyste ouvert », ne manquait pas de le vider plus ou moins de son contenu.

Il n'y a pas lieu de s'étendre plus longuement sur la méthode de Suarez de Mendoza (Angers 1889), Cet auteur apporta, il est vrai, à l'étude de notre question une innovation heureuse, celle de préparer la suture en posant les deux points avant l'ouverture de la chambre antérieure. Mais, pour ce faire, il imagina de creuser d'abord au couteau une petite tranchée, profonde des 2/3 de l'épaisseur de la cornée, tranchée située à la partie supérieure du limbe,

et creusée parallèlement au plan de l'iris. Puis, posant au fond de sa tranchée un fil d'argent mince et droit, de Mendoza en embrochait alors les deux parapets sagittalement, à l'aide de l'aiguille à suture garnie de soie. Il n'y avait plus qu'à soulever le fil d'argent pour faire décrire à la soie une anse, que l'on étalait latéralement, comme nous le faisons aujourd'hui. Mais ce qui a condamné le procédé de Mendoza, c'est que la suture étant ainsi préparée, il fallait inciser la cornée de façon à sortir exactement au fond de cette petite tranchée. Un malade indocile, un œil un peu mou ou difficile à fixer — autant d'écueils qui, même actuellement sont à éviter pour obtenir une incision régulière — manquaient rarement de faire échouer cette trop prestigieuse technique.

C'est avec M. le Dr Kalt (1894) que la suture acquit une méthode à la fois pratique et sûre. Supprimant la tranchée de de Mendoza, Kalt garda de cet auteur le principe de la pose des points perpendiculairement au limbe, l'un au-dessous dans les lames superficielles de la cornée, l'autre au-dessus dans la conjonctive et l'épisclère.

Puis Kalt modifia bientôt la pose du fil supérieur en la faisant transversale, et lorsqu'en juin 1910 il publia son rapport sur 2.500 opérations, ce chirurgien semblait s'être définitivement arrêté à la disposition en T de ses deux points.

Il mettait alors l'extraction simple au premier rang des indications de la suture cornéenne ; nous

verrons plus loin que cette donnée n'est plus admise actuellement sans réserves.

En 1911, MM. Chevallereau et Liégart modifièrent encore la pose du point inféreur en le plaçant lui aussi transversal, parallèle à son congénère, et à égale distance du limbe ; cela supprimait une petite difficulté de la technique précédente, dans laquelle, en posant le point inférieur vertical, il était difficile de calculer la sortie de l'aiguille exactement au limbe, et le fil risquait souvent d'être coupé à la fin de l'incision.

Ces auteurs préconisaient l'extension de leur procédé à tous les cas, et la suture de la cornée devenait, dès lors, une méthode susceptible d'être appliquée très largement ; sans inconvénients dans la cataracte sénile normale, et avec de grands avantages dans tous les cas pathologiques.

A l'Hôtel-Dieu, la première série de sutures de la cornée dans l'extraction de la cataracte fut commencée le 18 novembre 1915, bien qu'au Congrès de Gand de 1913, M. le professeur de Lapersonne eût déjà préconisé l'extension de la méthode ; il n'y en eut en 1916 que 35 cas ; en 1917, 59 ; en 1918, on sutura 166 cornées ; en 1919, 222. Dans cette dernière année la fréquence des opérations à lambeau conjonctival classique, sans suture, diminuait progressivement pour tomber à 6 sur le total de 325 opérations. Mais, en regard de la suture cornéenne, le procédé du lambeau conjonctival à pont, pratiqué

systématiquement par M. le professeur agrégé Terrien, fournissait 97 observations très intéressantes, dont nous analyserons plus loin les résultats comparés à ceux de la suture.

## TECHNIQUE DE LA CLINIQUE DE L'HOTEL-DIEU

a) **Préparation du malade.** — On commence par retirer le pansement sec « d'épreuve » que le patient portait depuis la veille au soir, afin de s'assurer s'il n'existe aucune sécrétion. Puis les paupières sont soigneusement savonnées et lavées au sérum ainsi que les culs-de-sacs conjonctivaux à l'aide d'un bock levé à 1 m. 50. Puis des champs en toile sont disposés sur les joues et autour du front ; le pourtour de l'œil est soigneusement badigeonné avec la préparation iodée (glycérine = 20, teinture d'iode = 20, alcool = 50) sans oublier d'en imbiber les cils et le rebord ciliaire. On instille alors à 3 reprises quelques gouttes de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 o/o à deux minutes d'intervalle, enfin, une seule fois, 3 ou 4 gouttes d'adrénaline (solution au 1/1000). On termine alors la préparation du malade en disposant un champ de crêpe dont l'ouverture centrale ne doit découvrir que l'œil à opérer.

b) **Mise en place de la suture.** — L'écarteur de Pley sera choisi de préférence, en raison de sa souplesse et de la facilité avec laquelle il peut être

ôté en cas d'incident. La ligature se compose d'un brin de soie floche de 30 centimètres garni à chacune de ses extrémités d'une aiguille spéciale très courte. Cette soie, plus solide mais un peu moins fine que le coton LV, se laisse facilement imprégner par l'humidité de la cornée, donnant ainsi une anse bien collée à l'œil et immobile ; ce détail n'est pas sans intérêt si l'on veut réduire au minimum les risques de section du fil avec le couteau, à la fin de la kératotomie. Le porte-aiguille de Landolt, à glissière et arrêt, permet à l'opérateur de donner à son aiguille une prise aussi solide qu'il le désire avant le début de l'opération, prise dont il n'a plus besoin de se soucier ensuite. Les autres modèles de porte-aiguilles enlèvent à la main qui opère un peu de sa légèreté, en lui imposant pendant toute la durée de la pose des points, un certain effort de pression.

I. *Œil droit.* — L'opérateur est à droite du patient contre son épaule. Il fixe le globe à 11 heures immédiatement en dehors du limbe, mais en cherchant à fournir à l'aiguille qui s'enfonce un contre-appui modéré, plutôt qu'à réaliser une véritable fixation de la conjonctive, ce qui, dans bien des cas, est inefficace et provoque un léger hématome.

La cornée est d'abord piquée par l'aiguille placée perpendiculairement au globe, à 0 mm. 5 du limbe et légèrement en dedans du méridien vertical ; éprouvant alors la résistance de la cornée en même temps que la qualité de la pointe, qu'il enfonce par quelques petits mouvements tremblés, le chirurgien abaisse

lentement le poignet, tout en faisant cheminer l'aiguille sous les lames superficielles de la cornée ; ce point cornéen est le plus difficile et le plus important des deux ; il mesurera au plus 1 mm. 5 de trajet. L'aiguille doit, en tout cas, ressortir en dehors du méridien vertical en un point exactement symétrique à celui où elle est entrée. Ceci a son importance au point de vue de la coaptation du lambeau, car en matière de prophylaxie de la hernie, mieux vaut un point trop long ou trop court qu'un point qui ne soit pas exactement en face du centre de l'incision.

L'opérateur qui fait sa première suture n'a pas à se rebuter pour un léger insuccès pour cette manœuvre en apparence si délicate. Il va sans dire qu'un point trop superficiel déchirant quelques lames de cornée vaut mieux qu'un point trop profond ; cette déchirure vient-elle à se produire, il n'y a qu'à recommencer le point, en le faisant soit un peu plus bas, soit au même niveau, mais plus long.

Voici la pointe de l'aiguille sortie de quelques millimètres ; l'effort un peu brusque qu'il faut donner pour reculer la glissière ne provoque jamais de déchirure, et ne constitue pas un inconvénient de cet instrument, pouvant lui faire préférer un autre porte-aiguille.

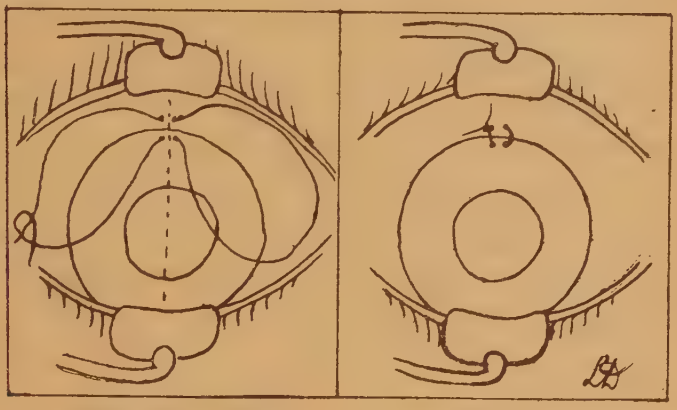
La pose du point supérieur se fait à l'aide de l'autre aiguille et de la même manière. Pour éviter s'il le désire, tout plissement de la conjonctive, l'opérateur peut d'abord piquer celle-ci seule, et un peu trop près du méridien vertical, puis entraîner la muqueuse

jusqu'au point précis où il désire pénétrer dans l'épisclère. Remettant alors son aiguille dans la bonne direction, il la fait cheminer dans le tissu épiscléral, parallèlement au point cornéen et à même distance du limbe. Ce qui importe le plus dans l'achèvement de cette mise en place du fil, c'est que le trajet conjonctivo-épiscléral ait son milieu très exactement situé sur le même méridien que le millieu du trajet cornéen. Cette condition a beaucoup plus d'importance que la longueur égale des deux trajets et même que leur parallélisme rigoureux, car il est facile de se représenter que si ces deux milieux sont tant soit peu désaxés par rapport au méridien vertical, le serrage du nœud va produire un baillement de la plaie, d'autant plus large que la ligature sera plus serrée et les points plus écartés.

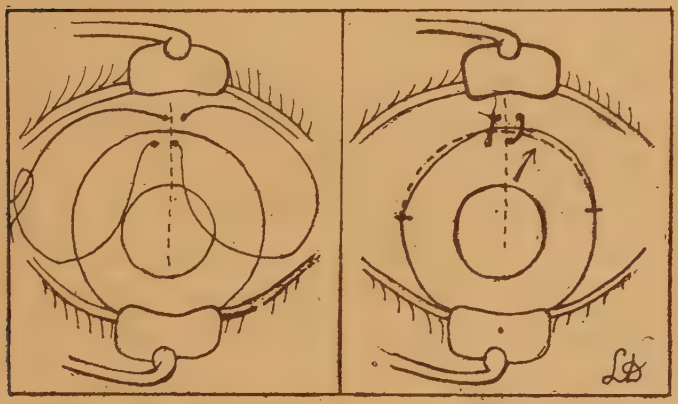
La suture cornéenne ainsi pratiquée (fig. 2) devient la pire des méthodes, car elle prépare délibérément une hernie de l'iris qui aurait pu ne pas se produire sans elle.

La question de l'écart à laisser entre les points n'a qu'un seul juge, c'est le chirurgien lui-même ; qu'une seule mesure, sa propre habileté. Certes, plus d'un jeune opérateur intrépide a réussi à passer son couteau sans encombre entre des points se touchant presque ; mais plus d'un aussi a perdu cette belle confiance en son doigté, le jour où le couteau, pourtant si bien conduit, sectionnait à la fois fil et conjonctive, rendant impossibles, du même coup, et la suture et le pont conjonctival. Il n'est pas agréable

de se trouver ainsi désarmé contre le vitré, et l'on peut dire qu'en matière de chirurgie du globe c'est la crainte du vitré qui donne le commencement de la sagesse.



Bonne mise en place — Résultat



Mauvaise mise en place — Résultat

Mais il ne faut pas non plus que l'écart soit trop grand, d'abord parce que la longueur de la soie, véritable corps étranger qu'on va laisser en place et qui va irriter la conjonctive tarsienne, augmente un peu du fait d'un écart excessif ; puis parce que la

première boucle a tendance à se défaire dès que l'écart arrive à 2 millimètres, même si elle a été redoublée ; mais surtout parce que la coaptation pourrait en souffrir. Imaginons un cerceau d'enfant ouvert d'un trait de scie placé en biseau ; le bois s'est détendu, a pris la forme d'un C ; si nous voulons en coapter les extrémités, à l'aide d'une ficelle, c'est tout près de chacune que nous allons nouer notre ligature et nous pourrons la tendre très fort sans inconvénients ; mais éloignons les nœuds symétriquement à la lésion : les deux becs du biseau vont chevaucher d'autant plus facilement que les nœuds seront placés plus loin et le fil plus tendu. Sur un œil largement ouvert, lui aussi en biseau, le cercle de la coque oculaire qui répond au méridien suturé se comporte un peu de même. En un mot, on peut dire que le meilleur écartement des points est celui qui, sans donner d'appréhension au chirurgien, se rapproche le plus de 1 millimètre.

Les points sont achevés. Mais, avant de prendre le couteau, il reste à débarrasser la soie de ses deux aiguilles, puis, à l'aide d'un crochet à strabisme par exemple, à bien agglutiner dans l'humidité du champ opératoire, l'anse que l'on a soin de dessiner bien ronde et large ; enfin, il est bon de préparer déjà la première boucle du nœud ; c'est le verrou prêt à tirer en cas d'incident opératoire.

II. *Œil gauche.* Le chirurgien se place derrière le sujet et met en place les points de suture de la même manière qu'à droite ; le globe est fixé à 1 heure et

l'anse disposée également du côté nasal. Quelques auteurs préfèrent se placer comme pour l'œil droit contre le bras droit de l'opéré, et manœuvrer par-dessus sa poitrine. Cette pratique ne paraît présenter aucun avantage, tandis qu'il n'y a aucun inconvénient à se placer derrière la tête, d'où l'on voit du reste mieux ce que l'on fait.

c) **Section**. — Le chirurgien fait alors la kératotomie classique, sans s'inquiéter outre mesure de son fil ; c'est à l'aide, toujours armé du crochet à strabisme, que revient la surveillance du tranchant qui s'approche. La section aussitôt terminée, l'on peut déjà tirer sur les chefs du fil et rapprocher sensiblement la première boucle ; si l'on a soin que la traction soit lente, régulière et douce, et qu'elle s'exerce bien tangentiellement au globe, aucun bâillement intempestif ne se produira. Certains auteurs, dans la crainte de cette béance dangereuse des lèvres, conseillent de ne tirer que sur le chef supérieur ; c'est une précaution peut-être justifiée, mais jamais à l'Hôtel-Dieu aucune issue importante de vitré n'a été à déplorer pour avoir tiré sur les deux chefs à la fois, et bien tangentiellement, comme le fait M. le Professeur de Lapersonne.

Ce demi-serrage préliminaire de la suture allonge un peut l'opération ; nous le conseillons néanmoins au praticien encore peu exercé, car, pour y avoir consacré cet instant et ce geste supplémentaires, il se sentira bien plus en confiance s'il doit enfoncer par exemple l'anse de Snellen, en cas de difficulté d'ex-

traction ; dans ce cas, l'aide peut même tenir les bouts du fil tout prêts, en guettant l'approche du danger. En général, à l'Hôtel-Dieu, ce n'est qu'après l'extraction que la ligature est serrée en un seul temps.

d) **Iridectomie.** — Faut-il maintenant faire l'iridectomie ? M. le professeur de Lapersonne nous enseigne de la faire dans tous les cas. M. Kalt, fidèle aux conclusions de son rapport de 1910, affirme que toute la supériorité de la suture cornéenne réside dans la dispense qu'elle accorde de couper l'iris. Il y a là un important sujet de discussion que nous reprendrons plus loin.

e) **Discission.** — Supposons l'iridectomie pratiquée ; la discission n'offre ici aucune particularité intéressante, qu'on la fasse au kystitome ou bien à la pince capsulaire ; cependant, ici encore, notre fil est une précieuse arme défensive contre l'évacuation brusque des liquides intra oculaires, et si le malade « s'opère lui-même » en expulsant son cristallin, il est à peine besoin de dire que l'opérateur serrera instinctivement le fil aussitôt la lentille passée, pour arrêter là cette évacuation trop complaisante.

f) **Extration.** — Ne jamais la faire avec la pression des doigts, mais bien avec la curette et la spatule dans les cas normaux. En cas de difficulté, la suture permet de prendre tout son temps, et grâce à notre « verrou de sûreté » la rapidité d'exécution, qui était autrefois un critérium d'habileté, presque une élégance opératoire, n'est plus de mise. Nous ne devons

nous hâter que lorsque nous sommes en face de conditions spéciales qui nous y obligent ; autrement songeons toujours, en cet instant, que nous nous exposons par trop de hâte à ne pas pousser l'opération jusqu'au degré de perfection qu'elle pouvait mériter, et que le résultat, qui par ailleurs tient à bien assez d'incidents périlleux, ne doit jamais dépendre d'une précipitation injustifiée.

g) **Serrage de la ligature.** — Le noyau sorti, sans jouer avec le danger, profitons immédiatement de l'avantage de notre procédé en serrant la ligature d'un seul coup, ou en achevant de la serrer si elle l'a déjà été à demi. Ce temps de l'opération, qui paraît tout simple, est relativement délicat. En effet, envisageons, pour être plus concret, deux cas extrêmes :

1° Les deux fils, posés assez superficiellement dans la cornée et l'épisclère, juste assez solidement pour atteindre le but qu'on leur destine, ne sont écartés que de 1 millimètre;

2° Les deux fils, posés plus profondément dans les tissus, sont placés à 3 millimètres d'écartement.

Dans le premier cas (schéma ci-après) la première boucle tient très facilement sans qu'il soit besoin de serrer fort, et la plaie sera uniformément coaptée sur toute la hauteur de sa tranche, car le rapprochement des points ne permet aucune bascule des lèvres profondes de l'incision et la cicatrisation sera rapide et parfaite. Dans le second cas, au contraire, les points sont très écartés et les tunnels plus profonds ; plus nous allons serrer (et la première

boucle nous y oblige parfois en se défaisant, dans ces cas, assez souvent) plus la surface de nos tissus va se plisser et la profondeur s'entre-bâiller. Certes, un point très serré se relâchera de lui-même dans les vingt-quatre heures, et le plissement de la cornée disparaîtra (tout au moins le plissement visible, celui de la surface). Mais la cornée n'est pas tout : notre attention doit être attirée bien davantage sur les caprices de l'iris, si nous avons fait l'extraction simple, et c'est l'entre-bâillement des lèvres profondes de la tranche qu'il faut a tout prix éviter, ne dût-il exister qu'un instant.

h) **Section du fil.** — Les bouts du fil sont coupés non pas tout près du nœud, ce qui donnerait deux petites pointes très irritantes pour la conjonctive, mais à 3 millimètres environ ; ils se ramolliront ainsi plus facilement dans les larmes, où ils nagent en quelque sorte, et la sensation de corps étrangers en est diminuée. Nous pouvons donc proposer pour le serrage les deux règles suivantes :

1° *Points très rapprochés.* — Serrage *ad libitum* en se laissant guider par les autres conditions de l'opération (indocilité du sujet, fluidité du vitré, etc.);

2° *Points très écartés.* — Serrage toujours très modéré, quelles que soient les autres conditions de l'opération, dont aucune n'offre un intérêt comparable à la prophylaxie de l'enclavement irien (cette deuxième proposition, bien entendu, ne s'applique qu'à la suture dans l'extraction simple).

Voici maintenant le globe suturé, et grâce à cette

suture, nous allons pouvoir patiemment, et sans aucune inquiétude, faire la toilette complète de la pupille, parachever l'opération plus aisément que dans tout autre procédé. Pour ce faire, nous disposons de plusieurs moyens ; soit le curettage classique des masses molles à l'aide de la curette mousse et de la spatule, soit l'aspiration modérée — qui donne les

Schéma destiné à l'étude de la coaptation lors de suture superficielle peu serrée, et à points rapprochés (à gauche) et de suture plus profonde, très serrée, et à points écartés (à droite).

meilleurs résultats lorsque les couches sont très liquides et bien libres dans le sac capsulaire — aspiration avec les appareils de Redard, de Teale, ou bien avec une seringue garnie d'une aiguille à gros canal, comme l'a pratiquée à l'Hôtel-Dieu M. le professeur Duverger. Enfin, nous pouvons encore à ce moment opter pour la kystitomie postérieure.

Imaginée par Rivaud-Landrau — qui inventa même à cette occasion le kystitome actuellement en usage — cette manœuvre donnait parfois avant la suture une issue non négligeable de vitré. Chibret la

remit en honneur, mais l'issue de vitré s'observait encore assez souvent, entraînant, à ce qu'il semblait, une proportion plus élevée de glaucomes post-opératoires. Depuis la suture, au contraire, ces accidents ont notablement diminué, et le professeur Duverger, à maintes reprises, a pratiqué à l'Hôtel-Dieu la kystitomie postérieure sans complications imputables à ce temps supplémentaire. Suivant la pratique de Valude, on introduit dans la plaie un kystitome très tranchant, en le conduisant jusqu'au bord opposé de la pupille ; on retourne alors la pointe de l'instrument en arrière, et l'on discise très doucement la cristalloïde postérieure en un seul mouvement de retrait. Le vitré remplit alors la chambre antérieure ; si le kystitome, en sortant, est coiffé d'une gouttelette, plutôt que de la réséquer à la pince-ciseaux, on essaiera d'abord d'en débarrasser l'instrument à sa sortie de la plaie, et la gouttelette presque toujours rentrera d'elle-même.

Cette manœuvre doit être choisie à bon escient, car ses indications sont inverses de celles de l'aspiration ; son avantage le plus réel n'est pas, lors d'extraction combinée, de s'opposer aux caprices des angles iriens, en les lubréfiant dans ce vitré qui, provisoirement, les environne ; elle s'indique bien plutôt par l'efficace prophylaxie qu'elle exerce contre la cataracte secondaire ; et lorsqu'après une kystitomie antérieure laborieuse et une toilette méthodique il reste encore des masses en abondance, la kystitomie postérieure, incorporée à la première opération,

pourra en éviter une seconde, souvent délicate, après laquelle le résultat optique ne serait peut-être guère plus satisfaisant.

Enfin, lors d'extraction combinée, nous terminons l'opération par la réduction très minutieuse des angles iriens, ou de l'iris intact lors d'extraction simple. Le pansement bilatéral est appliqué, soit maintenu à l'aide d'une bande, soit, pour les sujets un peu agités, fixé au collodion sur les pourtours orbitaires.

### SUITES OPÉRATOIRES

Le soir même, l'opéré peut s'asseoir dans son lit ; il peut se lever le lendemain, et ce très précieux avantage de la suture évite à bien des vieillards les dangereuses hypostases qui assombrissent le pronostic des extractions pratiquées sans suture, quand celles-ci ne vont pas jusqu'à contre-indiquer formellement l'opération dans le décubitus.

*Enlèvement du fil.* — Il faut considérer l'enlèvement du fil comme une petite opération fort délicate, et qui réclame autant de soins et d'asepsie, peut-être même plus d'adresse qu'il n'en avait fallu pour le poser. C'est le reproche le plus fondé que puissent faire à notre méthode les partisans des autres procédés. Nous nous efforcerons plus loin d'en analyser impartialement la valeur.

Quel est le jour des suites opératoires qu'il faut choisir pour enlever le fil ? M. Kalt, après avoir enlevé longtemps le fil au troisième jour, attend

maintenant le cinquième. M. Chevallereau préfère attendre le septième jour. M. le professeur de Lapersonne, dès ses premières sutures cornéennes, n'a pas enlevé le fil avant le septième jour, et cela sans complication ; il conseille même de conserver la suture huit jours dans tous les cas où la réaction est nulle ou faible, et de se baser, pour prendre cette décision, sur la qualité apparente de la cicatrice (que l'état de la chambre antérieure permet d'apprécier assez exactement) ; c'est ainsi qu'une de nos opérées dont l'humeur aqueuse tardait à se reformer, ne fut débarrassée de son fil qu'au quatorzième jour, sans avoir proféré une plainte pour ce corps étranger qu'elle hébergeait presque sans s'en douter. La gêne produite par le fil est liée à l'idiosyncrasie individuelle, et elle ne doit influer sur la conduite du chirurgien qu'en l'absence d'autres symptômes objectifs plus sérieux, l'infection en premier lieu.

Le sujet est couché, l'œil anesthésié très complètement par plusieurs instillations de la solution indiquée plus haut ; le chirurgien muni de petits ciseaux courbes pointus — à branches néanmoins très fortes — se tient pour l'un ou l'autre œil contre l'épaule droite du sujet, derrière la tête duquel sont disposés, sur un plateau aseptique, un écarteur, une pince sans griffes et un pansement prêt à saisir. Du médius gauche, l'opérateur relève la paupière supérieure du sujet, qui est invité à regarder en bas ; puis, appuyant les ciseaux sur l'index de la même main, il engage une pointe des ciseaux dans

l'anse de la ligature, qui est située, nous l'avons vu, toujours du côté nasal. Les ciseaux seront dirigés le plus tangentiellement au globe qu'il sera possible, car malgré son point d'appui, la main droite peut trembler un peu, et l'oscillation transmise aux ciseaux pointus n'offrira aucun danger dans cette direction tangentielle, tandis qu'elle serait funeste si elle s'exerçait perpendiculairement sur l'une ou l'autre lèvre de la cicatrice.

Après ce court exposé théorique, hâtons-nous de dire que l'observation journalière de l'enlèvement du fil nous a convaincu que la grande condition du succès, pour ce geste réellement délicat, est du domaine psychologique. A qualité égale du tranchant des ciseaux, si le malade est calme, docile et confiant, le chirurgien dispos, sûr de sa vue et de sa main, tout se passera à merveille. Si les conditions au contraire ne semblent pas favorables, il est bien préférable à notre avis de différer cette manœuvre jusqu'au moment où les conditions se seront améliorées.

Le premier essai de section a-t-il été infructueux ; si l'opéré est calme et docile, on pourra mettre l'écarteur (sans le bloquer bien entendu) puis déplisser prudemment avec la pince le bourrelet conjonctival qui recouvre parfois le fil, pendant qu'on renouvelle l'essai de la section ; ce dernier essai réussit toujours. Enlever de suite l'écarteur et laisser cligner un instant le sujet, puis saisir le nœud dans la pince et tirer dans la direction de la tempe.

La section du fil au couteau de Graefe, déjà conseillée par Suarez de Mendoza, est un procédé qui se condamne de lui-même. En effet, quelque excellent que soit le tranchant d'un couteau, si la soie employée était de bonne qualité, elle opposera à ce tranchant unique une résistance, faible il est vrai, mais toujours égale à elle-même, en dépit de l'adresse de l'opérateur. Cette résistance est une force transmise par le fil aux lèvres frêles de la cicatrice, dangereuse traction qui n'existe pas lorsque les deux pointes des ciseaux saisissent le fil sans le déranger. Veut-on s'en convaincre par une expérience facile, il n'y a qu'à passer une anse de ficelle à travers deux morceaux d'une substance molle, telle que la gélatine, et à chercher quel instrument convient le mieux à couper cette ligature sans déchirer les deux masses de substance. L'on devine d'avance que, dans ce cas, de mauvais ciseaux conviendront mieux qu'un couteau très aiguisé.

On trouve parfois un tunnel spontanément déchiré (le tunnel cornéen le plus souvent) et la section du fil est alors très facile (on pourra tenir compte de ce détail lorsque l'on commence l'opération, en posant le point cornéen assez superficiel).

Les incidents qui surviennent parfois, sitôt le fil coupé, découlent presque toujours d'une mauvaise technique lors de sa mise en place, et c'est pour n'avoir pas saisi la genèse de ces accidents que divers auteurs ont incriminé l'ablation du fil comme une manœuvre si délicate qu'elle nuit à la vulgarisa-

tion la suture cornéenne. Nous verrons plus loin comment l'on doit interpréter les issues d'humeur aqueuse, de vitré et de sang qui forment le triste cortège de la réouverture large de la cicatrice.

## AVANTAGES DE LA SUTURE

Dès 1894, M. Kalt, qui n'avait alors à son actif que 50 cas de suture cornéenne, plaçait déjà au premier rang des avantages de cette technique la dispense de traumatiser l'iris, ce qui abrège et facilite l'opération, mais surtout, d'après cet auteur, ce qui laisse intactes toutes les fonction du diaphragme sans modifier la proportion des hernies. Le Dr Colin publia en 1917 un rapport très documenté (1). Rapport dans lequel il décrit les trois phases qu'a traversées son opinion sur ce point au cours de la longue observation qu'il fit de la suture aux cotés de M. Kalt.

Le professeur de Lapersonne pratique l'iridectomie dans la généralité des cas, mais dans la même opération que l'extraction de la catacte, car la suture lui permet de réduire les indications de l'iridectomie préparatoire, qui sera réservée à certains cas pour ainsi dire exceptionnels.

Nous pratiquons donc l'iridectomie ; soit large en plaçant la pince-ciseaux tangentiellement au limbe, soit réduite à une sphinctérectomie, les ciseaux placés perpendiculairement.

1. Voir Bibliographie

Même si la proportion des hernies lors d'extraction simple avec suture s'abaisse à 2 à 3 o|o alors qu'elle est de 10 à 12 o/o lors d'extraction simple sans suture, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'extraction combinée avec suture ne soit pas le procédé le plus heureux à l'égard de cette redoutable complication.

Avant que soit prononcé le verdict sans appel sur ce point de critique, nous proposons de ranger en deux groupes les hernies iriennes :

Le premier sera celui de la hernie large, de réduction difficile, mais qu'une longue pratique de la suture avec extraction simple permet en effet d'abaisser à une proportion minime.

Le second comprendra la hernie en miniature, l'accoudement, toutes ces variétés qui dissimulent sous leur désignation bénigne une malignité tout aussi redoutable. Ces petites hernies préparent pour l'avenir autant d'irido-cyclites et de glaucomes que les larges.

Certes, en face de cet accident, la suture facilitera la résection du tissu *extériorisé* de la hernie ; mais le point capital est la réduction du pédicule qui reste enclavé ; la suture, en permettant une coaptation parfaite des lambeaux — avantage indiscutable lorsque tout a marché à souhait — apporte, lors de hernie irienne, une difficulté de plus pour pratiquer la réduction du pédicule étroitement serré entre les lèvres qui se cicatrisent.

*a*) Au point de vue de la hernie irienne, la suture

avec l'iridectomie reste donc la technique la plus prudente.

Voyons maintenant, quel que soit le sort réservé à l'iris, les autres avantages de la suture.

b) *Sécurité pendant l'opération.* — Comme nous l'avons déjà dit l'opérateur qui a préparé le « piège de sûreté pour le vitré » (1) possède une arme défensive excellente si au cours de l'opération il se trouve en face d'un cas dont la difficulté était impossible à prévoir ; à moins d'être doué d'un mystérieux instinct prophétique, le meilleur clinicien peut-il se vanter de prédire à coup sûr s'il ne rencontrera pas une rareté, une anomalie, sans parler des cataractes vieilles, ou myopiques, ou subluxées, qui ont joué plus d'un tour aux grands maîtres.

Plus le chirurgien est habile, plus le fil semble inutile aux spectateurs, mais, devant un cas désastreux — par exemple renversement du lambeau en dedans et évacuation spontanée, irrémédiable du contenu du globe, — qui ne se féliciterait d'avoir pris cet atout en main ? « On ne regrette jamais, dit M. Poirault d'avoir suturé la cornée ; on regrette parfois de n'avoir pas suturé la cornée. »

c) *Nettoyage de la pupille très facile.* — L'évacuation des masses molles, qui est dépourvue de danger lorsque le lambeau est cousu, pourra être poussée très à fond par le praticien le moins rassuré. Faite, à l'exemple du professeur de Lapersonne,

---

1. Poirault.

avec la curette dans la chambre antérieure et la spatule caressant la cornée, ou bien par aspiration après un massage léger qui fait remonter les masses, cette toilette sera plus complète que dans les opérations sans suture, où la crainte du renversement cornéen ne permet, la plupart du temps, que des manœuvres très prudentes. Lorsque l'aspiration donne une pupille bien noire, on en restera là ; mais, parfois, des couches non opacifiées adhèrent encore à la capsule, de sorte que l'on se trouvera bien, dans la plupart des cas, d'un curettage modéré, si les circonstances permettent ce surcroît de précaution contre l'opacification secondaire.

d) *Réduction de l'iris plus facile.* — La suture permet d'appuyer un peu si c'est nécessaire sur l'iris pour bien le déplisser, puis de retirer la spatule d'un coup sec afin de décoller celle-ci du diaphragme au moment où il a repris sa bonne position.

e) *Coaptation et cicatrisation plus rapides.* — La presque totalité de nos opérés nous montrent au bout de vingt-quatre heures une chambre antérieure bien reformée ; certes la cicatrisation n'est alors qu'ébauchée, mais avec le pansement binoculaire et le transport sur chariot depuis la table jusqu'au lit, les précautions sont réunies pour que rien ne trouble le processus de réparation ; aussi, si l'opéré, qu'on laisse libre de circuler dès le troisième jour, vient à se heurter l'œil, la solidité est-elle dès lors suffisante pour s'opposer à la réouverture. Nous avons fréquemment observé que la coaptation est d'autant

plus exacte, partant la cicatrisation plus solide, que les points de suture avaient été placés comme nous l'avons indiqué : très près l'un de l'autre, bien symétriques au méridien vertical, et le nœud le plus modérément serré que possible.

f) *Lutte contre l'hypostase.* — Le séjour prolongé au lit inquiète à juste titre les vieillards et leur impatience sera calmée grâce à la suture ; il n'est pas rare qu'à un âge avancé, le porteur d'une cataracte soit contrarié par ce repos forcé au lit, et qu'il préfère terminer ses jours sans voir clair, plutôt que de risquer une congestion ; chez les nerveux c'est l'obscurité qui constitue l'inconvénient ; de fait, sitôt l'œil opposé découvert, le calme reparaît.

M. le professeur de Lapersonne a observé un cas de délire vésanique chez un de ses opérés avec suture ; la ligature a résisté aux efforts et aux gesticulations du malade, dont la vision a été par la suite très satisfaisante. Il semble permis de penser que tout autre procédé d'extraction n'eût pas donné, en l'occurrence, un semblable résultat.

## ACCIDENTS ET COMPLICATIONS IMPUTABLES A LA SUTURE

Pour répondre aux détracteurs de la suture aussi bien que pour en donner une description impartiale à l'opérateur qui hésite à l'adopter, il importe de rechercher quelles complications peuvent être l'apanage *exclusif* de cette méthode, puis de grouper les incidents de technique qui compliquent la suture *en elle-même*, mais sans avoir de répercussion sur le pronostic fonctionnel de l'œil. C'est ainsi que nous ne considérons pas l'infection par le fil comme un inconvénient *spécial* à la suture ; nous admettons que le fil irrite mécaniquement, mais l'infection, ici comme ailleurs, provient d'une faute de technique ou d'une asepsie insuffisante. De même l'hémorragie du point supérieur, comparée à celles qui accompagnent les diverses extractions à lambeaux conjonctivaux, est si minime qu'il serait injuste de la faire figurer comme inconvénient imputable à la suture. Une seule complication grave est à redouter, qui assombrit le pronostic, c'est la réouverture large compliquée d'issue de vitré lors de l'ablation d'un fil qui avait été mal posé.

Restent les fautes de manuel opératoire : section du fil à la fin de la kératotomie, réouverture minime à l'ablation du fil s'accompagnant simplement d'une faible perte d'humeur aqueuse.

a) *Section du fil en fin d'incision.* — Il arrive parfois que le fil soit coupé au moment où le couteau achève la kératotomie. Pour éviter cet accident, il est bon, dès la contre-ponction, de quitter des yeux la lame pour viser le défilé par où il s'agit de la faire passer, en tenant compte de l'effet de réfraction ; pour la contre-ponction, c'est la sortie de la pointe qu'il s'agit de calculer : ici c'est la sortie du tranchant. L'approximation dans les deux cas est de 1/2 à 3/4 de millimètre environ ; mais ce qui rend cet achèvement de la section délicat, c'est la difficulté de fixer le globe sans user de violence. Il n'y a, si le fil est ainsi coupé, qu'à continuer l'opération, comme s'il s'agissait d'une extraction par le vieux procédé classique (iridectomie, curettage prudent des masses, occlusion plus longue des deux yeux), sans essayer de passer un nouveau fil, afin de ne pas retrouver les dangers des anciennes techniques, tombées dans l'oubli pour leur insécurité.

b) *Infection.* — Un fil bien stérilisé et posé avec soin ne doit donner de réaction que du fait de l'irritation mécanique qu'il provoque. Cependant on observe dans quelques cas de la rougeur, un léger degré d'iritis dont le pronostic sera facilement évalué par la réaction du diaphragme à l'atropine. Un iris bien contractile le lendemain de l'opération, même s'il

est entouré d'un peu d'injection périkératique, ne donnera aucune inquiétude, et tout rentre dans l'ordre avec quelques instillations d'atropine ou même d'argyrol.

Si, au contraire, l'infection du fil progresse, que l'iris devienne rigide, c'est qu'il y a eu imprudence ou témérité de la part de l'opérateur. La suture de la cornée ne saurait constituer, en aucun cas, une exception au principe absolu de n'opérer la cataracte qu'avec une perméabilité parfaite des voies lacrymales. De même que le chirurgien qui va enlever un appendice aura fait nettoyer au préalable l'intestin de son patient, nous ne devons pas nous permettre, sous prétexte que l'on va poser un fil, de manquer de respect aux lois générales de la chirurgie.

c) *Complications de l'ablation du fil.* — Elles n'existent pas si la coaptation a été bonne. Certes il est prudent d'attendre le huitième jour pour enlever la ligature, mais si ses lèvres ne sont pas bien affrontées, on pourra attendre bien davantage sans que la cicatrice y gagne de la force. Or, le défaut de coaptation peut tenir à un mauvais affrontement bord à bord (et le plus souvent en raison du biseau taillé par le couteau, si le serrage a été trop fort, le bord cornéen du biseau est attiré en haut). Mais si, de plus, les tunnels avaient un trajet trop long (supérieur à 3 millimètres) l'affrontement sera encore plus misérable, car au chevauchement vertical viendra s'ajouter un plissement transversal (fig. 3) et il va

sans dire qu'à la première tentative d'ablation du fil, les rares travées cicatricielles qui avaient pu se former malgré tout, vont se rompre, et l'opérateur sera impuissant à empêcher des complications fort désagréables.

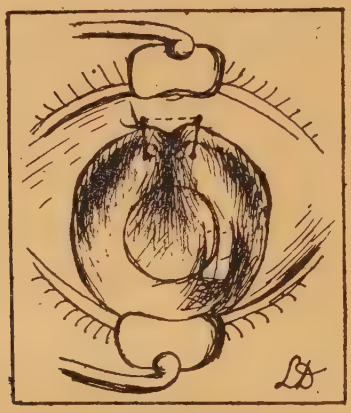


Fig. 3

Le cas est tout différent lorsque la cicatrice étant très bonne on trouve son fil enfoui sous un bourrelet qui en rend la recherche laborieuse. Dans ce cas, une pression un peu forte sera presque inévitable et le point où cette pression des ciseaux s'exerce pourra parfois s'entr'ouvrir légèrement. Mais notre cicatrice est bonne et tout se bornera à la perte de quelques gouttes d'humeur aqueuse bien vite reformées. Sur 600 cas, la réouverture large ayant provoqué une hémorragie abondante et une perte de vitré suivies d'atrophie du globe a été observée deux fois.

## INDICATIONS

Les indications de la suture cornéenne découlent de l'exposé qui précède. Tous les sujets d'un âge avancé et surtout les vieillards emphysémateux, brochitiques, seront opérés par ce procédé, ainsi que les adultes porteurs d'affections broncho-pulmonaires, qui pourront tousser sans risquer de faire déplacer le lambeau.

Nous ne reviendrons pas sur la prophylaxie du prolapsus irien, que nous avons étudiée plus haut (p. 31). Lorsqu'avant l'opération quelque symptôme nous met en garde contre une issue possible de vitré (cataracte volumineuse, danger de subluxation du cristallin) adoptons la suture sans hésiter. Les émotifs, les nerveux, les hémophiles et tous les sujets indociles chez lesquels l'iridectomie est difficile et expose à de larges irido-dyalises, forment un ensemble de cas pour lesquels l'extraction simple, avec suture, constitue le procédé de choix.

Chez l'enfant et pour la cataracte traumatique l'extraction linéaire à la pique ne perd pas ses droits, et la suture ne sera réservée que pour ceux de ces cas où l'on peut soupçonner la présence d'un noyau volumineux.

sans dire qu'à la première tentative d'ablation du fil, les rares travées cicatricielles qui avaient pu se former malgré tout, vont se rompre, et l'opérateur sera impuissant à empêcher des complications fort désagréables.

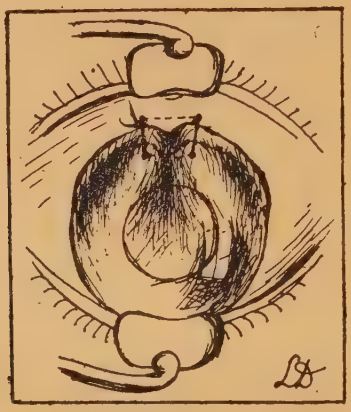


Fig. 3

Le cas est tout différent lorsque la cicatrice étant très bonne on trouve son fil enfoui sous un bourrelet qui en rend la recherche laborieuse. Dans ce cas, une pression un peu forte sera presque inévitable et le point où cette pression des ciseaux s'exerce pourra parfois s'entr'ouvrir légèrement. Mais notre cicatrice est bonne et tout se bornera à la perte de quelques gouttes d'humeur aqueuse bien vite reformées. Sur 600 cas, la réouverture large ayant provoqué une hémorragie abondante et une perte de vitré suivies d'atrophie du globe a été observée deux fois.

## INDICATIONS

Les indications de la suture cornéenne découlent de l'exposé qui précède. Tous les sujets d'un âge avancé et surtout les vieillards emphysémateux, brochitiques, seront opérés par ce procédé, ainsi que les adultes porteurs d'affections broncho-pulmonaires, qui pourront tousser sans risquer de faire déplacer le lambeau.

Nous ne reviendrons pas sur la prophylaxie du prolapsus irien, que nous avons étudiée plus haut (p. 31). Lorsqu'avant l'opération quelque symptôme nous met en garde contre une issue possible de vitré (cataracte volumineuse, danger de subluxation du cristallin) adoptons la suture sans hésiter. Les émotifs, les nerveux, les hémophiles et tous les sujets indociles chez lesquels l'iridectomie est difficile et expose à de larges irido-dyalises, forment un ensemble de cas pour lesquels l'extraction simple, avec suture, constitue le procédé de choix.

Chez l'enfant et pour la cataracte traumatique l'extraction linéaire à la pique ne perd pas ses droits, et la suture ne sera réservée que pour ceux de ces cas où l'on peut soupçonner la présence d'un noyau volumineux.

Il va sans dire que la suture reconnaît les mêmes indications à l'hôpital et dans la pratique privée; mais l'ablation du fil qui demande, nous l'avons vu. autant d'habileté que sa mise en place, ne saurait être confiée à quiconque ne possède une bonne pratique d'oculistique; si pour une raison personnelle, le chirurgien ne peut pratiquer éventuellement la suture, il devra choisir parmi les procédés à lambeau conjonctival. Or l'extraction avec lambeau à pont conjonctival est de tous les procédés à lambeau conjonctival le seul qui résiste actuellement à l'étude d'une pratique journalière, et la série des 97 extractions pratiquées avec pont par le Professeur Agrégé Terrien en 1919 nous montre que cette technique est digne de rivaliser avec la suture, sinon d'obtenir aussi souvent qu'elle des résultats presque parfaits.

*Lambeau à pont conjonctival.* — Déjà pratiqué par Desmarres, puis remis en honneur par Vacher et Pamier, il consiste à respecter la conjonctive à la partie médiane de la section. On exécute d'abord la première moitié de la kératotomie, puis « au lieu « d'achever la section et de sortir au limbe on laisse « un pont cornéen de même dimension que les qua- « drants interne et externe déjà sectionnés; inclinant « le couteau un peu en arrière on sectionne à petits « coups le lambeau cornéo-scléral : au moment où « l'on ne sent presque plus de résistance et où la « lame transparaît sous la conjonctive, celle-ci est « inclinée de plus en plus en arrière et l'on achève « la section scléro-cornéenne en évitant de couper

« la muqueuse ; on y parvient facilement en raison « de l'élasticité de cette dernière ».

« Jamais le pont ne sera trop haut ou trop large. »

M. le professeur agrégé Terrien, qui a bien voulu nous autoriser à lui emprunter cette description (1) taille le lambeau à pont aussi large que possible et cette sorte de sangle tendue verticalement maintient en bonne place le tiers moyen du lambeau cornéen que coiffe sous le pont de muqueuse un petit croissant de sclérotique. Ce procédé est excellent entre les mains d'un opérateur exercé ; incomparablement supérieur à l'ancien lambeau conjonctival taillé en pointe, il a une réelle efficacité contre l'issue de vitré ; il assure la parfaite nutrition de la lèvre antérieure de la plaie et surtout nous dispense de l'enlèvement d'un fil. Mais si l'on veut pratiquer l'iridectomie, il faut que ce soit un peu latéralement, car on ne peut aisément aller sectionner l'iris au-dessous du pont. Il a, de plus, l'inconvénient de provoquer une hémorragie conjonctivale, non pas surtout au cours de l'opération, mais une fois le pansement placé et le malade abandonné à lui-même, lorsque l'adrénaline s'est éliminée. Enfin, lorsqu'on taille le lambeau il faut s'efforcer d'empiéter le moins possible sur la sclérotique pour éviter de dessiner une ogive en biseau allongé, et à pointe verticale. Outre la pigmentation qui en résultera quelquefois en cet endroit, la forme particulière de ce lambeau et le

---

1. Terrien, *Chirurgie de l'œil*, 2e édit. Paris 1920.

relâchement de la sangle conjonctivale paraissent exercer une influence sur l'astigmatisme post-opératoire ; il semble bien qu'avec le pont, le méridien vertical conserve une convexité plus grande que celle que l'on observe après une suture bien affrontée. Notre camarade le Dr Alexiadès, attaché à la clinique de l'Hôtel-Dieu, s'est mis à l'étude de ce dernier point, et les conclusions de son analyse aideront à formuler un jugement sur les résultats à distance des deux méthodes les plus intéressantes d'extraction de la cataracte, la suture cornéenne et le lambeau à pont conjonctival.

## OBSERVATIONS

Les opérés d'hôpital n'ont qu'une hâte dès qu'ils ont atteint une acuité suffisante, c'est d'abandonner leur chirurgien à ses statistiques, sans lui faire l'aumône d'une visite qui fournirait de précieux renseignements sur les résultats définitifs des différentes interventions. De fait, il nous a été impossible d'établir le tableau suffisamment complet que nous désirions présenter au lecteur. Nous devons à regret nous borner à citer quelques exemples choisis parmi les 600 observations de sutures conservées à la clinique de l'Hôtel-Dieu, sans pouvoir indiquer pour chacun la proportion dans laquelle il a été rencontré.

### Suture

Observation I (Personnelle)

*Astigmatisme déjà très réduit deux mois après les interventions*

B..., homme, soixante-deux ans.

O. D. G. baisse de la vision depuis deux ans et demi.

O. G. — Le 5 novembre 1919 on note : cataracte complète, perception et projection lumineuse normales, iris contractile,

tension normale, chambre antérieure profonde, voies lacrymales perméables, conjonctive saine.

Cœur et poumons normaux.

Urine : 6 grammes de sucre par litre.

8 novembre. — O. G. : suture de la cornée, extraction combinée, issue d'un gros noyau avec quelques masses molles.

O. D. — Le 14 décembre cataracte complète, etc., excellent état comme l'autre œil.

16 novembre. — O. D. : suture de la cornée, extraction combinée d'un noyau peu volumineux avec quelques rares couches molles ; les suites ont été excellentes pour les deux yeux.

23 janvier 1920. — V. O. G. : 0,6 avec (0° + 1,75) + 11.

V. O. D. : 0,7 avec (170° + 2) + 11.

### Observation II

*Le trente-cinquième jour après l'extraction, vision égale à l'unité avec un cylindre très bien supporté*

D..., homme cinquante et un ans.

O. D. — Cataracte complète capsulo-lenticulaire évoluant depuis quatre ans. Etat local et général excellents.

O. G. — Cataracte assez avancée. V : 1/50.

O. D. — Le 19 novembre 1918 : suture cornéenne, iridectomie, discission de la capsule, très résistante, à la pince ; extraction d'un noyau volumineux sans couches molles (professeur de Lapersonne).

25 novembre. — Ablation du fil.

28 novembre. — Sortie.

20 décembre. — V. O. D. : 1 avec (0° + 2,75) + 11 distance.
— + 15 lecture.

### Observation III

L..., femme, cinquante-neuf ans.

*Antécédents.* — Très bonne vision de loin et de près jusqu'en 1912. Baisse progressive depuis cette date, bilatérale, mais plus rapide à droite.

*Etat actuel.* — O. D. G. : voies lacrymales perméables. Tension au tonomètre de Schiotz O. D. : 13 millimètres, O. G. : 18 millimètres. Chambres antérieures profondes, iris bien contractiles.

O. G. — Cataracte complète avec capsule épaisse.

22 décembre 1918. — Suture cornéenne, iridectomie, arrachement partiel de la capsule épaisse, accompagné d'une issue minime de vitré ; on extrait le noyau à l'aide de l'anse de Suellen (noyau volumineux sans couches molles), et l'on serre aussitôt la ligature.

25 décembre. — Chambre antérieure reformée.

29 décembre. — Ablation du fil sans incident.

2 janvier. — Sortie.

O. D. — Cataracte complète, avec une légère ombre pupillaire.

23 janvier 1919. — Lambeau à pont conjonctival, iridectomie, noyau de moyen volume avec masses molles abondantes.

25 janvier. — Chambre antérieure bien reformée.

4 février. — Sortie.

V. O. D. (après arrachement d'une mince membranule) : 0,6 avec (15° o nasal + 3) + 11 d.

V. O. G. — Membranule épaisse ; la malade n'est pas revenue pour faire traiter cette cataracte secondaire.

### Observation IV

*Réouverture partielle à l'ablation du fil, hyphéma prolonge*

L..., femme, soixante ans.

O. G. — Cataracte complète évoluant depuis quatre ans ; iridectomie préparatoire en 1918 : état actuel excellent.

31 juillet 1919. — Suture de la cornée, discission, expulsion spontanée du noyau, pas de masses molles.

5 août. — Laborieuse ablation du fil provoquant une réouverture partielle et suivie d'hémorragie qui remplit les 2/5 de la chambre antérieure, pas de vitré.

11 août. — Même abondance de l'hyphéma.

17 août. — Légère diminution de l'hyphéma, apparition d'une membranule.

V. O. G. : 1/50 avec + 12, pas de cylindres.

### Observation V

*Suture d'un côté point de l'autre, pas d'astigmatisme appréciable au troisième mois*

B..., soixante-seize ans, forgeron.

La vue des deux yeux baisse depuis sept ans.

O. D. — Sclérose du cristallin, le sujet distingue les doigts à 1 mètre. Rien d'autre à noter.

4 janvier 1919. — Pont conjonctival, extraction combinée après arrachement capsulaire, gros noyau, quelques masses (professeur Terrien).

O. G. — Même sclérose cistallinienne.

20 mars 1919. — Suture de la cornée, extraction combinée après arrachement capsulaire, noyau de moyen volume, masses abondantes (professeur de Lapersonne).

12 mai 1919. — Javal : O. D. G. : pas d'astigmatisme appréciable.

V. O. D. G. : 0,7 faible avec sphérique + 11.

## Pont conjonctival

### Observation VI

*Bon résultat. — Astigmatisme inappréciable au Javal au sixième mois.*

D..., cinquante-huit ans, homme.

O. D. — La vision baisse depuis dix-huit mois.

28 février 1919. — On note : cataracte complète, perception lumineuse, bonne projection, iris contractile, tension normale, chambre antérieure un peu effacée, voies lacrymales perméables.

Etat général : tension artérielle au Pachon : 22-10,5, cœur normal, un peu de bronchite simple, émotivité.

1er mars. — Pont conjonctival, iridectomie, discission à la pince et au kystitome, noyau assez volumineux et masses abondantes.

22 août. — On trouve une membranule légère et V. O. D. : 0,2 avec + 10 sans cylindre.

Après arrachement de la membranule : V. O. D. : 0,7 faible avec même sphérique.

### Observation VII

M..., soixante-trois ans.

O. D. — Cataracte complète, sans particularités à noter.

6 février 1919. — Lambeau à pont conjectival, iridectomie, arrachement capsulaire, gros noyau sans couches molles, issue de vitré immédiatement après l'extraction.

6 avril. — Javal : 6 dioptries à 165°.

V. O. D. : moins de 0,3 avec correction.

18 mai. — Javal : 5 dioptries à 165°.

V. O. D : 0,4 avec cylindre + 4 + 12.

### Observation VIII (Personnelle)

N..., soixante-douze ans.

V. O. G. : 0 (leucome cornéen étendu, avec cicatrice d'une vieille blessure datant de l'enfance, hypotonie manifeste).

V. O. D. : perception lumineuse, cataracte sénile sans particularités.

6 novembre 1919. — Pont conjonctival, extraction combinée, noyau moyen, quelques couches molles.

11 février 1920. — Astigmatisme au Javal: 5 dioptries à 165°.

14 février. — Incision inférieure à la pique tentative d'arrachement de la membranule, puis dilacération à la ser-

pette : le vitré, très fluide, sort en quantité minime, mais le bourrelet de Sœnnering ne peut être arraché (ce malade n'est revenu depuis, et nous ignorons quelle fut la stabilisation de son astigmatisme).

## CONCLUSIONS

I. — Le mode d'extraction de la cataracte comportant une suture de la cornée, bien que pratiqué systématiquement par le Dr Kalt depuis vingt-cinq ans, n'a pas rencontré, du moins jusqu'en 1910 ; tous les partisans que ses incontestables avantages lui eussent mérités.

II. — La pose transversale du point cornéen réalise une simplification de technique qui fut apportée en 1910 par les Docteurs Chevallereau et Liégart ; cette variante engagea un plus grand nombre d'opérateurs à adopter la suture.

III. — Les résultats observés à la Clinique de l'Hotel-Dieu confirment les avantages de ce procédé ainsi modifié, qu'on l'adopte soit pour pratiquer l'extraction simple, ou l'extraction combinée d'iridectomie.

IV. — En dépit de ses précieux avantages, la suture n'est pas exempte de difficultés de technique (écartement judicieux des points, ablation impeccable

du fil...) ; mais ces difficultés, nous l'avons vu, sont étroitement liées les unes aux autres, si bien qu'à la longue elles s'aplanissent mutuellement entre les mains de l'operateur résolu à les surmonter.

Vu : le Président de la thèse :
DE LAPERSONNE

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
Pour le vice-recteur,
L'inspecteur de l'Académie :
PHILIPPE GIDEL

# BIBLIOGRAPHIE

*Suarez de Mendoza.* — Bulletin de la Société française d'Ophtalmologie, 1889, vol. VII.

*Kalt.* — Archives d'Ophtalmologie, 1894, vol. XIV.

— Annales d'Oculistique, 1910 (juin).

*Colin.* — Annales d'Oculistique, 1917, vol. 155.

*Liégart.* — Annales d'Oculistique, 1918, vol. 154.

*Poirault.* — Annales d'Oculistique, 1914 (février).

*Landolt.* — Thèse de Paris, 1905-1906, n° 18.

*Terrien (F.).* — Chirurgie de l'œil, 2e édition. Paris, 1920.

*X...* — The American Encyclopedia and Dictionary of Ophtalmology (Vol. III, p. 1705 à 1709, Suturing the Cornea).

*Ellet.* — Journal of the American Medical Association, 1912 September.

*Bates (W. H.).* — Arch. of Ophtalmology, 1898, vol. XXVII.

*Ribas.* — Archives de Ophtalmologia. Décembre 1911

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4562-20